

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

919

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M^{me} MOULUN née BOURDIOL Yolande-Hélène

Née le 13 Mai 1907, à Paris

LE

DÉPISTAGE DES LÉSIONS
BUCCO-DENTAIRES

DANS LES MILIEUX SCOLAIRES

SON IMPORTANCE

SON ORGANISATION DANS LE CADRE DE L'INSPECTION
MÉDICALE DES ÉCOLES

Professeur de Thèse : Professeur L. TANON

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M^{me} MOULUN née BOURDIOL Yolande-Hélène

Née le 13 Mai 1907, à Paris

LE DÉPISTAGE DES LÉSIONS BUCCO-DENTAIRES

DANS LES MILIEUX SCOLAIRES

SON IMPORTANCE

SON ORGANISATION DANS LE CADRE DE L'INSPECTION
MÉDICALE DES ÉCOLES

Professeur de Thèse : Professeur L. TANON

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, Boulevard St-Germain, 93

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mile J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Patologie médicale.
 MOULONGUET Patologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ...		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BÂULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale.		
GUENIOT			
LE LORIER			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE, A MON PÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON
Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la Prési-
dence de cette thèse.*

*En hommage de notre res-
pectueuse gratitude,*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON MABILLE

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE REGRETTE

MONSIEUR LE DOCTEUR COUSTAING

Stomatologiste des Hôpitaux.

INTRODUCTION

La question de l'hygiène bucco-dentaire chez les enfants d'âge scolaire est loin d'être nouvelle. De nombreux auteurs en ont montré l'importance pour l'individu et pour la collectivité.

Des recherches scientifiques assez récentes prouvent les retentissements insoupçonnés des lésions dentaires.

Nous n'avons pas l'intention de traiter ici complètement le grand problème de l'hygiène bucco-dentaire à l'école. Le sujet serait trop vaste et ne donnerait lieu qu'à compilation fastidieuse.

Il nous suffit d'aborder dans ce travail, de façon pratique, un aspect de la question ayant, selon nous, un intérêt primordial : nous voulons parler du dépistage des affections bucco-dentaires au cours de l'inspection médicale des écoles.

L'examen bucco-dentaire des enfants est susceptible, en effet, de fournir au médecin et aux familles, des renseignements de grande valeur.

Nous connaissons mieux, aujourd'hui, les stigmates laissés dans la cavité buccale et sur les organes dentaires par une affection générale, une diathèse héréditaire ou une maladie de la nutrition.

De plus en plus, le médecin patricien réclame, pour étayer son diagnostic, les recherches ou les observa-

tions de spécialistes. L'ophtamologiste, par la vision du fond de l'œil ; le dermatologiste, par l'examen des réactions cutanées ; le neurologue, par l'étude des réflexes, lui fournissent de précieuses indications.

Ces renseignements sont complétés par les recherches de laboratoire qui aident puissamment la clinique, tout en lui restant soumises.

La stomatologie, hier encore parente pauvre de la médecine, devient aujourd'hui sa collaboratrice efficace, au même titre que les spécialités plus anciennes. Le principe bien connu de biologie affirmant que « tout est dans tout » s'applique par excellence aux organes dentaires : les dents portent, en effet, la trace indélébile de nombreuses maladies générales.

Non seulement l'examen bucco-dentaire est important au point de vue diagnostic, mais il peut encore influencer le traitement en permettant, parfois, de ramener à sa véritable étiologie une déficience organique.

Nous nous attacherons aussi à démontrer, au cours de ces pages, la valeur pronostique d'un examen de la cavité buccale.

Ainsi, nous pensons faire œuvre utile en attirant une fois de plus l'attention sur l'importance, l'urgence même, d'une surveillance sérieuse de la cavité buccale chez les écoliers.

CHAPITRE I

IMPORTANCE DE L'HYGIENE DENTAIRE A L'ECOLE AU POINT DE VUE DE LA SANTE PUBLIQUE

Comme nous le disions précédemment, la surveillance bucco-dentaire des enfants d'âge scolaire peut rendre de grands services au point de vue :

- A) Diagnostic;
- B) Traitement;
- C) Pronostic.

Nous nous proposons d'envisager successivement la valeur d'un examen bucco-dentaire dans ces trois étapes de la tâche médicale.

a) Valeur de l'examen bucco-dentaire au point de vue diagnostic

Des statistiques ont été faites en France, en Angleterre, en Suisse, aux Etats-Unis, etc... Leurs résultats présentent quelques différences facilement explicables : nous savons à quel point la race, le sol, l'alimentation, conditionnent la santé dentaire d'un peuple. Malgré ces divergences, la comparaison de plusieurs statistiques montrent que 80 à 90 % des enfants d'âge scolaire sont atteints de lésions dentaires.

Leur nombre extrêmement élevé prouve déjà la nécessité de dépister ces lésions qui sont loin d'être toujours banales.

L'inspection dentaire des enfants à l'école permettrait de diagnostiquer les lésions bucco-dentaires à leur début; elle aiderait aussi à établir un diagnostic général et ceci fera l'objet d'une seconde partie.

I. — DIAGNOSTIC LOCAL

La carie dentaire est la plus fréquente de toutes les lésions organiques. Ses conséquences, mieux connues aujourd'hui, peuvent être graves : un terrain déficient, la présence de certains agents microbiens assombrissent parfois le pronostic.

D'ailleurs, les symptômes et l'évolution de la carie sont variables; une telle inconstance a permis d'envisager des causes multiples à cette lésion.

Les recherches entreprises pour élucider le problème étiologique de la carie n'ont pas donné de résultats définitifs. Nous ne citerons que pour mémoire les causes prédisposantes générales et locales telles que l'âge, le sexe, le terrain, l'alimentation, l'hérédité, les sillons dentaires. Les causes occasionnelles : fissures, usure, gingivite, résorption alvéolaire, milieu buccale jouent également un rôle. L'acidité buccale, notamment, est à la base de la théorie chimique de la carie.

Pourtant, depuis l'ère pastorienne, ces facteurs occupent le second plan.

UNDERWOOD et MILES ont prouvé les premiers que

des agents microbiens étaient responsables des lésions de carie dentaire. La théorie chimico-parasitaire est née ensuite des recherches de GALIPPE et VIGNAL. D'après ces auteurs, les microorganismes isolés au niveau des dents et des gencives, déterminent des fermentations acides capables d'attaquer l'émail, puis la dentine dénudée.

Les recherches de VICENTINI (de Naples), ARKOVY, Ch. ROBIN, CHOQUET, concluent à l'origine polymicrobienne de la carie.

Ces auteurs isolent diverses espèces de *leptothrix* : *leptothrix buccalis*, *leptothrix racemosa* qui, joints aux bacilles de GALIPPE et VIGNAL et au micrococcus de MILLER, composent la flore microbienne des lésions de carie dentaire.

La diversité des causes étiologiques commande la diversité des symptômes. Chez certains sujets, la dentine réagit violemment aux agents vulnérants : il se produit une calcification intense qui arrête le processus destructif.

Par contre l'évolution d'une carie peut être extrêmement rapide : il n'est pas rare de constater chez un enfant, la disparition complète d'une couronne dentaire un mois après l'éruption de la dent. Dans ce cas, l'œuvre de la carie est évidemment facilitée par un terrain déficient ou prédisposé.

L'origine microbienne de la carie explique sa contagiosité. Les praticiens savent d'expérience qu'une carie interstitielle est rarement isolée : si par exemple il s'agit d'une carie distale de la première incisive supérieure, la règle est de découvrir une carie mésiale

de la dent voisine qui est en l'espèce la deuxième incisive supérieure. D'autre part, il est de constatation courante qu'un sujet débarrassé de ses lésions de carie par avulsion ou soins des dents atteintes, conserve indemnes les organes primitivement respectés

Un autre danger guette l'enfant porteur de caries dentaires: les racines des dents de lait sont en contact avec les germes des dents permanentes, ainsi l'organe de la deuxième dentition peut être contaminé par la carie d'une dent temporaire.

De plus, les complications locales de la carie dentaire viennent parfois assombrir le tableau. Nous citerons : la pulpite, la gangrène pulpaire, les adénites.

a) *La pulpite*, ou inflammation de la pulpe, lèse la barrière défensive qui, tout en donnant la vie à l'organe dentaire protège nos tissus contre la septicité buccale.

b) *La gangrène pulpaire* entraîne des réactions plus ou moins graves : l'arthrite, inflammation du ligament alvéolo-dentaire, est très douloureuse; l'ostéite peut commander une intervention chirurgicale souvent mutilante; le phlegmon est capable d'entraîner la mort par thrombo-phlébite des sinus.

c) *Les adénites* touchent les ganglions et diminuent leur résistance.

Ces complications locales ne sont pas les seuls méfaits de la carie dentaire; bien des troubles gastro-intestinaux peuvent également lui être imputés.

Tout d'abord elle crée une mauvaise mastication avec, pour conséquence, une insalivation défectueuse : une dent cariée compromet ses deux voisines directement exposées à la contagion ; par sa déficience elle rend inutilisable la fonction masticatoire de ses deux antagonistes.

Ensuite, le sujet porteur de carie déglutit en abondance des produits septiques : le mauvais broyage empêchant le nettoyage mécanique des maxillaires, le tartre se dépose et favorise le développement de la flore microbienne.

Enfin, la carie occupe une place de tout premier plan dans l'étiologie des malpositions dentaires.

L'importance de la dent de six ans pour l'intégrité de l'arcade dentaire et l'engrènement correct des dents n'est plus à discuter :

Or, si la dent de six ans termine son évolution à l'âge scolaire, la formation très précoce de son germe au 6^e mois de la vie intra-utérine l'expose particulièrement à toutes les influences morbides qui peuvent intervenir dans la vie foetale. Ceci la rend éminemment fragile.

Douée d'une sensibilité toute spéciale, cette première molaire est aussi particulièrement exposée. De 6 à 9 ans, âge d'éruption des prémolaires, elle coexiste avec les molaires de lait si souvent atteintes de carie.

La surveillance et les soins dentaires chez les enfants doivent donc être pratiqués dès le jeune âge.

En effet : si la deuxième molaire de lait disparaît prématurément, la dent de 6 ans, lors de son évolu-

tion, tend à se placer sur l'arcade en « mésio-gression ». Au moment de leur éruption, les prémolaires, les incisives et les canines évolueront faute de place, en position vicieuse créant ainsi un engrenement défectueux.

La mauvaise résorption des racines de dents temporaires cariées est aussi une cause assez fréquente de malposition. La vitalité de ces dents étant atteinte, les phénomènes de résorption se font mal ou sont arrêtés. Les dents permanentes, gênées par la persistance des dents de lait, évoluent en mauvaise position.

Tous ces faits ont une importance très réelle; cependant l'inspection bucco-dentaire des enfants nous apparaîtra plus utile encore si nous envisageons les renseignements généraux que peut fournir un examen buccal même assez rapide.

II. — DIAGNOSTIC GENERAL

Les dents jouissent dans l'organisme de particularités qui en font d'excellents repaires au point de vue diagnostic.

a) Une évolution assez lente leur permet de subir les accidents de la vie fœtale et infantile.

b) Leurs tissus particulièrement durs gardent les traces indélébiles par lesquelles se traduisent généralement les maladies du fœtus et de l'enfant.

Parmi les dents permanentes : les incisives, les canines, les dents de 6 ans qui évoluent les premières, sont les plus atteintes. Par contre, les prémolaires, les

dents de 12 ans, les dents de sagesse à éruption plus tardive, sont pratiquement toujours indemnes. Un tel privilège s'explique par une plus grande résistance de l'organisme au moment de la formation de ces dernières dents.

Les maladies fœtales et infantiles qui retentissent sur les organes dentaires lèsent à la fois la dentine et l'émail :

La dentine présente des zones globulaires correspondant au nombre de lésions apparentes.

L'émail est entaché de zones granuleuses en rapport avec les zones globulaires de la dentine.

Les adamantoblasts ont été frappés dans leur constitution intime et ne se renouvellent pas : ainsi, ces lésions sont définitives, constituant selon le mot de CAPDEPONT, le « Casier sanitaire de l'enfant. »

Les observations qui précèdent montrent le rôle que l'hérédité peut jouer dans la morphologie et l'évolution des dents.

Nous étudierons donc successivement les stigmates dentaires de la syphilis héréditaire; les lésions dues à la tuberculose, au rachitisme, aux insuffisances endocriniennes et aux avitaminoses; enfin les signes buccaux des maladies infantiles.

La syphilis héréditaire comporte une mortalité de 68 %, son pronostic est moins sévère que celui de la broncho-pneumonie ou de l'érysipèle.

Ainsi parmi les maladies du fœtus et du nourrisson, la syphilis est celle qui, tout en étant fréquemment compatible avec la vie, touche assez profondément l'organisme pour léser les germes dentaires.

C'est pourquoi, en pratique, de nombreux auteurs attribuent toutes les dystrophies dentaires marquées à l'hérédo-syphilis.

Sans autre signe, elles doivent éveiller l'attention et commander un BORDET WASSERMANN. D'ailleurs, même si ce dernier est négatif, l'épreuve du traitement vient parfois conclure à l'origine spécifique de ces dystrophies : c'est ainsi que le professeur GAUCHER (cité par FOURNIER) passant outre à une analyse négative institua un traitement antisypilitique sur de simples signes dentaires; une amélioration considérable du sujet confirma ce diagnostic.

Les lésions dentaires d'origine syphilitique, décrites de façon très complète par FOURNIER, présentent des caractères particuliers :

a) Elles sont fréquemment observées au niveau des dents permanentes alors qu'elles respectent généralement les organes de la première dentition. Ceci s'explique par le fait qu'une hérédo-syphilis assez précoce pour léser les germes des dents de lait est presque toujours mortelle.

b) Elles sont multiples et symétriques, lésant les dents homologues d'un maxillaire. En effet, les deux canines supérieures, par exemple, évoluent simultanément et sont donc exposées aux mêmes accidents.

c) Ces lésions syphilitiques frappent électivement les dents qui ont une évolution précoce : ainsi les prémolaires à éruption tardive sont généralement indemnes parce que l'organisme au moment de leur formation est déjà en état de lutter avec efficacité.

Les dystrophies dues à l'hérédo-syphilis sont très variées.

Ce sont d'abord les *érosions* qui peuvent affecter la couronne ou les cuspides.

a) *Erosions coronnaires* :

— *En cupule*, faisant songer à la trace laissée par un coup d'ongle qui aurait enlevé une parcelle d'ivoire.

— *En sillons*, plus ou moins profonds, plus ou moins nombreux et qui donnent parfois à la dent, un aspect dit « en escaliers ».

— *En nappe*, comme si la couronne avait été rongée par un acide ou usée à la lime, sur une partie de sa hauteur.

b) *Erosions cupidiennes* : leur aspect diffère suivant les dents atteintes.

Les incisives centrales supérieures entachées de syphilis présentent trois caractères marquants décrits par HUTCHINSON. Ce sont :

1° L'échancrure semi-lunaire à concavité inférieure de leur bord libre;

2° Leur forme en tournevis, ces dents étant plus étroites à l'extrémité libre;

3° La convergence de leur axe vers le bord incisif.

Ces déformations dentaires lorsqu'elles s'accompagnent de kératite interstitielle et de surdi-mutité, composent la *triade d'HUTCHINSON* pathognomonique de l'hérédo syphilis.

Sur les canines, la syphilis se manifeste assez souvent par une forme d'érosion dite « en clou de girofle » : le cuspide rugueux est séparé de la couronne

par un sillon; il semble être serti comme un châton de bague.

Les molaires n'ont plus leur physionomie normale; les cuspides sont déformées, jaunâtres, les sillons perdent leur netteté; la face triturante ressemble à un « gâteau de miel »..

Les érosions cuspidiennes ou coronnaires ne sont pas les seules manifestations dentaires de la syphilis; la dystrophie peut toucher les organes dentaires dans leur totalité sous forme :

1° De *microdontisme* ou *d'infantilisme dentaire* : les dents sont alors petites, espacées;

2° *D'amorphisme*, et nous avons les aspects variés en dents de poissons, dents torses, dents en touche de piano.

Enfin, le professeur FOURNIER signale, comme étant d'origine syphilitique le tubercule supplémentaire décrit par CARABELLI et situé généralement sur la face linguale de la première molaire supérieure.

Responsable de presque toutes les dystrophies dentaires, la syphilis marque autrement encore son passage dans la cavité buccale : elle met les dents en *état de moindre résistance* :

Les hérédosyphilitiques présentent une vulnérabilité toute spéciale à la carie; des sujets très jeunes sont parfois presque édentés; leurs dents cariées, érodées, perdent leurs caractères primitifs; les cuspides s'effritent; les couronnes présentent une surface plane, jaunâtre, entourée d'émail blanc et faisant

penser à des « dents de vieux » érodées par la mastication.

La syphilis *entrave l'évolution normale* des dents : Elle provoque des retards de dentition, de l'anarchie dans l'ordre d'éruption des dents; elle va même jusqu'à causer l'absence permanente de certaines dents.

Le squelette de la cavité buccale est également atteint par la syphilis : le *diastème des incisives centrales*, c'est-à-dire l'écartement anormal de ces dents dû à une soudure vicieuse de deux bourgeons incisifs est, d'après le professeur GAUCHER, un stigmate certain d'hérédo syphilis.

Il convient de mentionner la *déformation ogivale de la voûte du palais* dont l'origine spécifique a été démontrée.

Le *bec de lièvre* lui-même est très souvent lié à une syphilis familiale.

Notre examen intéressant tous les organes de la cavité buccale, nous devons encore attribuer une valeur de stigmates spécifiques *aux sillons de la langue*, lésion mentionnée par le professeur FOURNIER et décrite également sous le nom de langue *plicaturée* ou langue *scrotale*.

Les manifestations bucco dentaires de l'hérédo syphilis sont nombreuses; elles atteignent également les muqueuses, la langue, les dents et le squelette. Pourrions-nous, parmi ces lésions, différencier les manifestations d'une syphilis récente de celles d'une syphilis de deuxième ou troisième génération?

En règle générale, la descendance directe d'un syphilitique présente plus particulièrement des

lésions cutanées ou viscérales; au contraire, un héredo-syphilitique de 2^e ou 3^e génération sera atteint surtout de déformations squelettiques qui deviennent en elles-mêmes héréditaires.

Ainsi : les malformations dentaires proprement dites (érosions, dysmorphoses, troubles d'évolution), les lésions de la langue et des lèvres seraient plutôt le fait d'une syphilis récente; tandis que les déformations osseuses (voûte ogivale, diastème des incisives centrales) auraient davantage un caractère héréditaire et seraient l'indice d'une syphilis de 2^e ou 3^e génération.

Cet exposé suffit à prouver la valeur d'un examen buccal en vue d'établir un diagnostic de syphilis héréditaire, cela est d'une très grande importance pour l'avenir de l'enfant héredo syphilitique qu'un traitement approprié peut grandement améliorer.

Signes bucco-dentaires de la tuberculose

Chez l'enfant les lésions buccales de la tuberculose sont loin d'être aussi nombreuses et variées que celles de la syphilis.

Parfois, l'invasion tuberculeuse se révèle au niveau des gencives sous forme d'un feston rougeâtre. Ainsi KERMANN-BRODY a pu dire que le traitement de la tuberculose devait commencer par la bouche : c'est qu'au niveau de ce liseré ont été isolées des bacilles de KOCH et ceci rend possible l'hypothèse d'une inoculation buccale

En dehors de cette lésion muqueuse, la seule manifestation buccale de la tuberculose est une décalcifi-

cation dentaire assez intense en général ; il est fréquent de constater que les dents des enfants contaminés n'opposent aucune résistance à la carie ; elles sont alors d'un blac laiteux, friables à l'excès, elles supportent mal les obturations. Cette décalcification dentaire ne peut cependant être envisagée comme un signe pathognomonique de tuberculose.

Au point de vue diagnostic, la découverte de bacilles de KOCH au niveau d'une carie dentaire a certes une autre valeur. Ce fait a été signalé par quelques auteurs.

Retentissements bucco-dentaires des troubles endocriniens

Les dysendocrinies, dont l'étude commence à peine, retentissent sur les dents comme sur les autres tissus de l'économie.

L'athyroïdie, responsable du myxoedème, peut engendrer :

- du nanisme dentaire ;
- des irrégularités de forme ;
- l'absence congénitale de certaines dents.

D'après Léopold LEVI et APERT, l'hypothyroïdie aurait aussi pour signes :

- le microdontisme ;
- l'amorphisme dentaire ;
- une friabilité particulière des dents.

L'hypoparathyroïdie provoque des troubles du métabolisme calcique et diminue ainsi la résistance des dents.

Les tumeurs hypophysaires, dont le symptôme majeur est l'acromégalie, se manifestent, dit Pierre MARIE, par un développement exagéré de la mandibule avec, pour conséquence, une malocclusion antérieure ou même une inocclusion.

Ainsi, les anomalies dentaires causées par les dysendocrinies, se rapprochent de celles déjà décrites au chapitre syphilis. C'est, il faut l'avouer, une troublante constatation.

Partant de ces faits quelques auteurs ont tenté une explication des lésions bucco-dentaires d'origine hérédo-syphilitique.

Pour eux, ces anomalies bucco-dentaires seraient imputables au mauvais fonctionnement des glandes lésées primitivement par la syphilis

Quoi qu'il en soit, directement ou indirectement, la syphilis héréditaire demeure responsable de la presque totalité des lésions congénitales affectant la denture ou la cavité buccale.

Signes dentaires des carences en vitamines

Les maladies par carence ont, d'une façon générale, un faible retentissement dentaire

Le rachitisme, cependant donne un assez gros pourcentage de lésions buccales, REYNOLDS affirme qu'il conditionne 30 à 40 % des lésions orthodontiques.

Comme l'ensemble du système osseux, le maxillaire supérieur et la mandibule sont atteints par le rachitisme.

Ces os mal calcifiés, se déforment; ils semblent

« manquer d'étoffe ». De tels vices de formation engendrent fatalement des malocclusions.

Les autres carences en vitamines n'ont guère de symptômes bucco-dentaires, exception faite du scorbut infantile qui donne une gingivite cependant moins prononcée que celle de l'adulte.

Signes buccaux des fièvres éruptives

Nous nous devons de rappeler ici que les fièvres éruptives infantiles donnent leurs premières manifestations au niveau de la cavité buccale : tâches de KOPLIK dans la rougeole ; enanthème, aspect caractéristique de la langue dans la scarlatine.

L'inspection buccale permettrait donc de dépister certains cas bénins mais contagieux de maladies infantiles.

Nous pensons ainsi avoir prouvé, une fois encore, l'intérêt diagnostique d'un examen bucco-dentaire des écoliers.

b) Importance de l'examen bucco-dentaire au point de vue traitement

Nous savons combien les lésions dentaires sont fréquentes chez les enfants, et nous connaissons les conséquences désastreuses de ces lésions. Ainsi sont mis en lumière les avantages des soins dentaires précoces :

1° Soigner les dents des enfants, c'est éviter la pulpite douloureuse, c'est barrer la route à l'invasion des bacilles de KOCH qui furent identifiées au niveau de certaines caries,

2° — Soigner ou extraire les dents malades, c'est protéger les organes sains ; c'est aussi éviter à l'enfant la déglutition incessante de produits sceptiques.

3° — Les soins dentaires permettent de maintenir une mastication correcte, bilatérale, conditionnant un nettoyage complet des arcades.

4° — Les soins dentaires protègent l'enfant contre la douleur et ses répercussions nerveuses : l'écoulier peut être ainsi plus attentif et plus assidu.

5° Enfin les soins précoces assurent l'intégrité des arcades dentaires. C'est un facteur d'équilibre et de beauté auquel nul n'a le droit, aujourd'hui, de rester indifférent.

La conservation des dents de lait est d'une importance capitale pour la bonne évolution des dents permanentes. Protéger les dents de lait par tous les moyens c'est donc faire de *l'orthodontie préventive*, la meilleure et la moins coûteuse.

Malheureusement, il est encore prématuré d'envisager le règne de la dentisterie préventive ; nous devons tendre vers ce but, mais il faudra certes de nombreuses années pour l'atteindre.

L'inspection bucco-dentaire des écoliers aiderait, de façon efficace, au dépistage précoce des lésions dentaires.

Pour que cette inspection garde toute sa valeur, il faudrait évidemment que le médecin inspecteur prenne à charge de signaler aux parents l'existence des lésions et les facilités de leurs traitements.

Nous savons tout le bénéfice que les petits peuvent retirer d'un traitement orthodontique au triple point

de vue digestif, respiratoire, esthétique. Nous connaissons ces enfants aux facies adénoïdiens, à la voûte palatine ogivale. Ils sont fragiles, se développent mal tant au point de vue intellectuel que physique. Or, un traitement orthodontique isolé ou complété par l'ablation des végétations adénoïdes peut opérer une notable transformation : le maxillaire supérieur s'élargit ; les fosses nasales prennent de ce fait leur développement normal ; l'enfant cesse d'être un insuffisant respiratoire ; un véritable réveil s'accomplit donnant au sujet une plus-value sociale incontestable.

Ainsi, l'inspection bucco-dentaire des écoliers pourrait inscrire à son actif quelques-uns de ces sauvetages et cela seul justifierait sa création.

c) Importance de l'examen bucco-dentaire au point de vue pronostic

L'examen de la cavité buccale est le complément nécessaire d'un examen général en vue d'établir le *pronostic vital* de l'enfant.

Nous avons prouvé qu'une bouche saine, des dents bien articulées, confèrent à l'enfant une meilleure mastication aidant au bon fonctionnement de son tube digestif.

Un maxillaire supérieur normalement développé va de pair avec des fosses nasales permettant une respiration suffisante.

L'absence de carie indique un organisme résistant ; bien calcifié, elle permet de porter un pronostic favorable.

Par contre, les complications de la carie peuvent avoir pour conséquences :

- des troubles de la nutrition générale ;
- des septicémies ;
- des maladies infectieuses étudiées par les Américains et décrites sous le nom de « *focal infection* ».

L'explication de ces *infections focales* est la suivante : les réactions apexiennes consécutives à des caries pénétrantes peuvent donner à distance des foyers infectieux; la propagation se faisant par voie sanguine ou par voie lymphatique.

Dans ces foyers secondaires, les germes de lésions dentaires primitives ont été mis en évidence.

En Amérique : les frères MAYO, HUNTER, ROSENOW, GOADBY, DUBRE ont décrit des endocardites et des appendicites d'origine dentaire.

En France : ROUSSEAU-DECELLE a pu attribuer certains cas de rhumatismes articulaires aigus à des foyers apexiens primitifs.

Quelques auteurs ont aussi ajouté à la liste des infections focales des cas de pleurite, de néphrite, d'ostéomyélite, de chorée, d'érythème noueux.

Les dents de lait même sont responsables d'infections focales. Chez les enfants le diagnostic causal est d'ailleurs plus facile car il est aisé de retrouver dans la période d'incubation d'une maladie infectieuse, la trace d'un épisode dentaire aigu (pulpite par exemple).

En dehors de ces infections focales, les foyers dentaires peuvent entraîner des lésions réflexes; ainsi : WORMS, BERCHER, NIDA, FROMAGET, ont observé à pro-

pas de lésions dentaires des affections oculaires ou périoculaires réflexes. De même quelques cas de pelade guérissent spontanément après traitement d'une ou plusieurs dents.

Tous ces faits ont permis à David HILL de SALEM d'affirmer que 70 % des maladies pénètrent par la bouche. D'après cet auteur 50 % de ces affections pourraient être évitées.

Pour les frères MAYO, de ROCHESTER, 80 et même 90 % des morts viennent d'affections dento-buccales.

Ces chiffres prouvent surabondamment la nécessité de créer un organisme s'occupant avec efficacité de l'hygiène bucco-dentaire à l'école.

La surveillance bucco-dentaire des enfants, le dépistage et les soins des lésions débutantes, demanderaient, certes, quelques sacrifices; pourtant ces effets ne peuvent entrer en ligne de compte si nous envisageons les bénéfices d'une telle œuvre.

Sans être aussi absolus que les américains, nous pensons que les soins dentaires favorisent de façon certaine la prophylaxie des maladies infectieuses. Or, les idées d'hygiène dentaire inculquées à l'écolier seraient diffusées par lui dans la famille et dans la société.

Ceci d'ailleurs a été largement compris, puisque déjà, bien des organisations créées en faveur de l'hygiène bucco-dentaire des écoliers fonctionnent régulièrement.

L'étude de ces initiatives nous permettra de rechercher ce qui reste à réaliser dans ce domaine.

CHAPITRE II

ETUDE DES REALISATIONS DANS LE DOMAINE DE L'HYGIENE BUCCO DENTAIRE A L'ECOLE

La médecine sociale actuelle tend à devenir préventive et à s'établir dans le cadre des collectivités. C'est vers cette conception que devraient rationnellement se tourner les organisations scolaires d'hygiène dento-buccale.

A l'étranger, comme en France, bien des services qui fonctionnent régulièrement et donnent des résultats ont été créés dans ce sens.

a) Organisations étrangères

Aux Etats-Unis, les cliniques dentaires pour enfants sont nombreuses, mais les américains ont surtout envisagé le côté propagande d'hygiène et prophylaxie. C'est ainsi qu'ils ont créé à côté du corps des chirurgiens dentistes, un corps spécial d'infirmières : les « Dental Hygienist ».

Ces « visiteuses d'hygiène dentaire » accomplissent une double tâche. Tout d'abord ce sont des *propagandistes* zélées : elles enseignent aux enfants des écoles les préceptes d'hygiène buccale ; elles font des conférences dans les maternités, les consultations prénatales, les clubs de mères ; elles pénètrent aussi parmi les travailleurs au sein d'entreprises publiques ou

privées employant un personnel assez nombreux ; ce sont encore les *auxiliaires* précieuses du chirurgien dentiste : dans les cliniques et les cabinets dentaires elles peuvent, sous le contrôle du praticien *opérer le nettoyage de la bouche* ; elles préparent et stérilisent les instruments remplaçant ainsi les infirmières.

Mais en France, l'idée de la création d'un corps d'infirmières spécialisées dans les soins de la bouche, a soulevé de nombreuses objections. Il faut citer au premier chef, la crainte de voir se multiplier les cas d'exercice illégal de l'art dentaire.

Cependant, d'après les statistiques américaines, les résultats obtenus par la propagande d'hygiène dentaire et les cliniques de soins pour enfants sont encourageants.

A Bridgeport dans le Connecticut, par exemple, la création d'une clinique dentaire pour enfants a réduit considérablement le nombre des maladies contagieuses : en 5 ans l'indice de la diphtérie passait de 26,6 pour cent à 18,7 pour cent tandis que celui de la scarlatine suivant la même courbe descendante baissait de 14 pour cent à 0,50 pour cent.

Un résultat semblable observé à l'Orphelinat Saint-Vincent de Boston vient confirmer la valeur prophylactique des soins dentaires.

Les Américains, maîtres dans l'art de la publicité, ont mis leurs talents de propagandistes au service de l'hygiène dentaire. Ayant compris la valeur éducative d'une réclame incessante ils utilisent largement en faveur de l'hygiène dentaire tous les moyens d'action sur le public. Les « Dental Hygienist » font des

conférences, présentent des films d'hygiène dentaire, distribuent des tracts, organisent des manifestations de toutes sortes destinées à faire pénétrer les idées d'hygiène dans les masses.

L'Allemagne tient un rang très honorable dans la lutte pour une meilleure santé dento-buccale.

Ce résultat est dû aux efforts du professeur KANTOROWICZ DE BONN : — Près de 300 cliniques scolaires ont été créées grâce à son impulsion.

En première année d'école tous les enfants sont examinés complètement. Le résultat de cet examen est consigné sur un fiche mise à jour les années suivantes.

Les enfants des villes sont traités dans des cliniques fixes. Les enfants des petites agglomérations et des campagnes ont à leur disposition des voitures stomatologiques qui desservent plusieurs écoles. Ces voitures sont celles employées pendant la guerre 1914-1918.

De plus, en 1932, un centre de Stomatologie fut créé à Berlin grâce à la générosité du Docteur ROSENWALD. Le centre berlinois comprend : une clinique pour enfants, un institut, une école pour assistants d'hygiène. Il a été construit pour plus de facilités à proximité d'un grand hôpital. Les enfants y reçoivent même les soins orthodontiques.

Une organisation similaire existe en *Belgique* grâce au Professeur WATRY ; en *Italie* grâce au Professeur ARLOTTA ; en *Tchéco-Slovaquie* le système KANTOROWICZ est également appliqué par PRYBIL et PANSAR.

En Angleterre l'hygiène dentaire de l'enfance est à l'ordre du jour depuis plusieurs années déjà. En 1929, 234.000 enfants ont été visités et traités par 800 dentistes. Un projet prévoit le traitement de 4 millions d'enfants.

En Suisse, l'organisation est aussi très complète. Vers 1900 le Professeur JESSEN de Bâle proclamait déjà que les soins dentaires des écoliers sont à la base de la santé publique.

Dans la Fédération Helvétique, la propagande d'hygiène dentaire et la responsabilité des mesures de prophylaxie incombent aux maîtres d'école. Les enfants de 5 à 9 ans sont tenus chaque matin de nettoyer leur bouche en arrivant en classe.

La ville de Lausanne possède depuis 1920 une clinique où tous les élèves sont examinés pendant leur première année d'école. S'il y a lieu, les parents sont priés de faire soigner leurs enfants par le dentiste de famille ou à la clinique.

Zurich a créé dès 1908 une clinique où, comme dans celle de Lausanne, les enfants sont tous examinés lors de leur entrée à l'école, puis traités et surveillés périodiquement.

Des services de ce genre sont organisés en grand nombre par les communes qui ont, en Suisse, une compétence fiscale très étendue. Dans les petites villes qui n'ont pu assumer la charge d'entretenir une clinique, les enfants ne sont pas pour cela abandonnés; ils sont confiés aux soins des dentistes régionaux qui les traitent éventuellement. Les visites et les soins

dentaires sont indemnisés par les communes intéressées.

Les traitements dentaires sont gratuits pour les enfants de familles indigentes ; pour les autres enfants, les communes perçoivent une petite redevance.

Cette organisation perfectionnée est assez coûteuse malgré la participation de quelques-uns des bénéficiaires : les grandes villes consacrent annuellement aux soins dentaires des écoliers une somme d'environ 60.000 francs suisses pour 100.000 habitants ; les petites communes assument une charge de 15 à 20 fr. par enfant et par an.

En Italie — Milan utilise 2 ambulances stomatologiques qui vont devant les groupes scolaires ; les enfants y sont visités et soignés le cas échéant.

Au Danemark — Copenhague a une organisation très étudiée. Les 60.000 enfants qui forment la population scolaire de la ville sont répartis en 5 districts. Au centre de chaque district, dans les mansardes d'une école, est installée la clinique dentaire ; ainsi les frais de local sont évités d'une manière assez simple et les dérangements des écoliers sont réduits au minimum.

Pour l'examen, les enfants sont conduits dans les cliniques pendant les heures de classe ; au contraire les soins leur sont donnés aux heures de liberté.

Tous les traitements ordinaires sont gratuits. La ville assume ainsi une charge annuelle d'environ 31 francs par enfant.

Ce rapide exposé donne une idée des réalisations

étrangères en faveur de l'hygiène dentaire des enfants.

Notre pays a fait également dans ce domaine bien des efforts que nous nous proposons d'étudier maintenant

b) Organisations françaises

Le projet de l'inspection médicale dentaire des écoles est encore à l'état embryonnaire.

Malgré la création déjà lointaine du ministère de la Santé publique il n'y a pas d'équipement sanitaire du pays.

Cependant, les Caisses d'Assurances sociales paraissent qualifiées pour participer à cette œuvre. Il leur serait aisé de faciliter les soins dentaires des enfants en augmentant les indemnités données à ce titre aux familles d'assurés sociaux. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question dans notre conclusion.

En France, à l'heure actuelle, trop de groupements corporatifs ou autres s'intéressent à la propagande d'hygiène dento-buccale. De ce fait, le mouvement manque d'homogénéité.

Lorsque les études dentaires seront faites dans le cadre des études médicales; lorsque le dentiste sera devenu un médecin-spécialiste, bien des antagonismes disparaîtront et il ne sera plus facile de faire œuvre d'ensemble.

Pourtant les essais effectués à titre particulier ou semi-officiel dans le domaine de l'hygiène dentaire scolaire ne sont pas négligeables.

Les résultats souvent encourageants prouvent que la voie est tracée pour une œuvre plus complète.

Parmi les tentatives fructueuses citons *l'organisation de l'inspection dentaire des Ecoles Normales d'Instituteurs*. Créée par une circulaire du Ministère de l'Instruction Publique datée du 23 mai 1908, cette organisation prévoit pour chaque école normale un dentiste inspecteur et un dentiste traitant.

L'inspection dentaire a lieu 2 fois par an : ses résultats sont consignés sur des fiches individuelles. De plus, au début de chaque année scolaire, le dentiste inspecteur est tenu de faire aux élèves une conférence sur l'hygiène bucco-dentaire; son importance sociale, le rôle que les instituteurs peuvent jouer dans sa vulgarisation.

La circulaire ministérielle prescrit en outre l'obligation pour les normaliens de se brosser les dents quotidiennement. Cette prescription peut être d'une grande efficacité si elle tombe sous le contrôle d'un directeur compréhensif.

Le Docteur Roy, dentiste inspecteur de l'Ecole Normale de la Seine a consigné les résultats de son action auprès des Normaliens. Il insiste tout d'abord sur les difficultés de ses débuts ; mais peu à peu, grâce à ses efforts répétés, les idées d'hygiène dentaire et buccale ont gagné du terrain. Les jeunes gens porteurs de carie ont consenti à se faire soigner par leur dentiste personnel ou par le dentiste traitant qui vient deux matinées par semaine au cabinet de l'école. En quelques années, l'état bucco-dentaire des Normaliens de la Seine s'est amélioré de façon sensible. Le

Docteur Roy a constaté notamment chez ces jeunes gens de 16 à 19 ans une diminution appréciable du nombre des accidents d'éruption de la dent de sagesse.

Dans la Seine encore, le service d'assistance départementale, par circulaire du 3 avril 1925 adressée aux maires des communes suburbaines, signalait à ces municipalités la nécessité de créer *des consultations dentaires pour les enfants des écoles*.

D'autres organisations départementales fonctionnent également dans la Creuse, l'inspection dentaire complète l'inspection médicale depuis 1932; la Loire, en 1931 déjà, tendait à généraliser les services créés par le syndicat des chirurgiens-dentistes à Saint-Etienne et à Roanne.

Mais ce sont surtout les municipalités qui, dans notre pays ont pris l'initiative d'organiser les soins bucco-dentaires des écoliers. Nous le verrons, certaines villes françaises peuvent, dans ce domaine, rivaliser avec les meilleures organisations étrangères.

Lyon possède un dispensaire médico-pédagogique ouvert le jeudi. Ce dispensaire comprend des services spéciaux d'otorhino-laryngologie, d'ophtalmologie, de stomatologie. Les enfants sont dirigés vers chaque spécialité du dispensaire par le médecin inspecteur des écoles. Les parents sont informés, s'il y a lieu, de la nécessité d'un traitement par un avis individuel.

L'activité du service dentaire de la clinique est grande : de 1921 à 1926 les praticiens ont donné 11.700

consultations suivies de traitements ; ils ont procédé à l'extraction de 2.100 dents permanentes et de 1.400 dents temporaires ; de plus ils ont dirigé vers l'école dentaire pour soins spéciaux et appareils 1.650 enfants.

En 1930, l'Ecole Dentaire a reçu une subvention de 20.000 francs pour l'organisation de services scolaires d'orthodontie et d'actinothérapie.

Strasbourg jouit depuis 1902 d'un service d'inspection dentaire s'étendant aux écoles maternelles. La ville possède, en outre, une clinique scolaire créée par le Professeur JESSEN, 4 dentistes exclusivement attachés à la clinique donnent leurs soins aux enfants. D'autres centres de traitement existent aussi dans quelques écoles.

Tous les soins même les traitements orthodontiques sont donnés gratuitement. Cela coûte annuellement à la ville 10 francs par enfant.

Cette organisation a pris naissance dans l'occupation allemande de Strasbourg.

Marseille a fait en 1925 l'expérience de l'inspection dentaire des écoles. La ville possède en outre un dispensaire de soins dentaires gratuits pour les indigents.

A *Saint-Etienne* l'inspection bucco-dentaire des écoliers est indépendante de l'inspection médicale. Elle a pour corollaire le traitement des élèves des écoles publiques et privées dans une clinique gratuite ouverte tous les jours de 16 heures à 20 heures.

Cette organisation utilise un personnel assez nombreux et ainsi réparti :

1° — Un dentiste inspecteur des écoles primaires supérieures et professionnelles. Ce dentiste est en outre chef de service.

2° — Un dentiste inspecteur des écoles primaires.

3° — Six dentistes opérateurs.

4° — Une infirmière.

5° — Une femme de service.

Ce personnel est nommé par le Maire et rattaché au bureau d'hygiène.

Les six dentistes traitants ont chacun leur jour de consultation à la clinique.

Le budget total de cette organisation est d'environ 65.000 francs. La clinique reçoit en moyenne annuellement 3.000 élèves.

A *Roanne*, l'examen bucco-dentaire des écoliers est confié aux médecins inspecteurs et aux infirmières scolaires.

Les enfants porteurs de lésions sont convoqués individuellement afin de recevoir les soins appropriés dans une clinique fonctionnant comme celle de Saint-Etienne.

A *Lille*, une clinique dentaire scolaire installée dans l'institut de stomatologie fonctionne depuis 1931.

Montpellier a organisé en 1927 l'inspection dentaire des écoles et à la même date la ville a fondé une clinique de soins dentaires pour les enfants. Cette clinique, située dans une école est ouverte tous les jours de 16 h. 30 à 18 heures et le jeudi toute la journée.

Au cours de l'année scolaire 1932-1933, les dentistes traitants ont soigné 5.795 enfants.

A *Toulouse*, depuis 1925, les médecins inspecteurs adressent les enfants porteurs de lésions buccales à deux inspecteurs de l'hygiène dentaire. Ces petits malades sont reçus le jeudi par les dentistes inspecteurs qui établissent leurs fiches, indiquent le traitement et donnent des conseils aux parents

A *Besançon* une clinique dentaire scolaire a été créée par l'Union des Femmes de France comme d'ailleurs à *Bar-le-Duc*.

Ces cliniques dentaires sont ouvertes le jeudi toute la journée et en semaine après 16 heures. Elles accueillent les enfants envoyés par le dentiste inspecteur qui, le jeudi, visite les écoles à tour de rôle.

A *Lorient*, depuis 1931, le médecin inspecteur dirige les enfants vers les spécialistes.

D'autres villes encore se sont occupées de l'inspection dentaire des écoliers ; nous citerons : Abbeville, Metz, Colmar, Belfort, Pierrefonds, Ermont, Bicêtre, Saint-Ouen, Boulogne-Billancourt, Soissons, Chaumont, Château-Salins, Châlons-sur-Saône, (depuis 1930), Beaune et Châtellerauld (depuis 1931), Bourges, Montluçon, Dijon, Villeurbanne, Clermont-Ferrand, Nice, Cannes.

Cet exposé assez rapide suffit à prouver que nombre de villes françaises s'intéressent de façon très sérieuse à l'hygiène bucco-dentaire de leurs écoliers.

Dans ce domaine Paris n'occupe pas le rang qu'il revendique à juste titre pour beaucoup de ses activités.

Les organisations parisiennes en faveur de l'hygiène bucco-dentaire scolaire ne peuvent rivaliser

avec celles de Strasbourg ou même de Saint-Etienne; cependant les enfants de la capitale ne sont pas complètement abandonnés.

Nous ne trouvons aucune organisation systématisée pour le dépistage et les soins des lésions dentaires et buccales. Mais l'examen buccal des enfants est pratiqué dans les écoles primaires, par le médecin inspecteur. S'il y a lieu les infirmières scolaires signalent aux familles la nécessité de soins dentaires pour les porteurs de lésions. De plus, quelques observations concernant l'état bucco-dentaire des enfants sont consignées sur la fiche sanitaire.

Au point de vue traitement des lésions bucco-dentaires, bien qu'il n'y ait pas à Paris d'organisation d'ensemble, les familles des petits malades ont quelques facilités.

Les enfants peuvent être conduits :

1° — Aux consultations de stomatologie des hôpitaux.

2° Dans les services de dentisterie infantile créés par les écoles dentaires.

Nous mentionnerons tout spécialement la consultation d'enfants qui a lieu le jeudi à l'école Odontotechnique ; ce service de dentisterie infantile dirigé par le Professeur LEBRUN est assuré surtout par l'élément féminin des étudiants de troisième et quatrième année.

L'enfant subit d'abord un examen bucco-dentaire général dont le résultat est consigné sur une fiche. Ensuite, les lésions dentaires ou buccales sont soignées dans les services appropriés. Tous les traite-

ments sont notés sur la fiche dentaire qui suit l'enfant dans les divers services. La consultation comprend un service de dentisterie opératoire, un service de chirurgie dentaire, un service d'orthopédie maxillo-faciale.

Le Docteur Tacail dirige le service d'orthodontie : des chefs de clinique spécialisés guident les élèves de quatrième et cinquième année qui assurent les traitements.

Parmi les petits malades qui fréquentent cette consultation certains sont conduits spontanément par leurs parents, d'autres viennent sous la surveillance d'infirmières scolaires ou de visiteuses d'hygiène, d'autres enfin sont envoyés par les services hospitaliers ou les dispensaires insuffisamment outillés pour des soins spéciaux.

Les enfants de Paris disposeront bientôt, grâce à la générosité de M. EASTMANN, d'un centre de stomatologie créé et aménagé pour eux. Le don de 1 million de dollars, accepté par le conseil municipal, servira à couvrir les frais de construction et d'installation de cette clinique qui sera une copie de la clinique EASTMANN DE ROCHESTER. Le terrain où s'édifie le nouveau centre de stomatologie a été donné par la ville de Paris.

Nous avons parlé au chapitre des organisations étrangères de la propagande d'hygiène dentaire aux Etats-Unis. Certes la France ne possède pas de propagandistes aussi nombreux, mais le zèle et la foi de certains compensent cette différence. Nous devons une mention toute spéciale à la « Ligue Nationale

de Propagande d'Hygiène Dentaire » dite « Croix Violette » que préside avec tant d'ardeur M. J. GUINAT.

Sa nouvelle méthode, la « psychopropagande » basée sur la « psychotechnie » est d'un grand intérêt. Elle adapte parfaitement les moyens de vulgarisation au public qu'elle prétend toucher. Par exemple, lorsque M. Guinat prépare une conférence d'hygiène dentaire pour des enfants de 7 à 8 ans, il emploie uniquement les mots du vocabulaire restreint de ces enfants ; ainsi son jeune auditoire comprend sans effort toutes les phrases de l'allocution qui porte beaucoup mieux. Pour une telle préparation M. GUINAT a dû étudier de très près la psychologie enfantine ; il a comparé les devoirs des élèves de diverses classes, il a étudié les réactions d'enfants en face de l'image, de la photo, du dessin. D'après ces données, la « Ligue Croix Violette » a pu éditer des tracts, des pochettes devoirs, des devinettes, des questionnaires. Les meilleurs devoirs, les réponses les plus justes sont récompensés.

Une autre association : le « Comité National d'Hygiène Dentaire » aide à la propagande par des Expositions, des distributions de tracts, de brosses à dents, de dentifrices.

Les propagandistes font dans les écoles des conférences complétées par la projection de films d'hygiène dentaire.

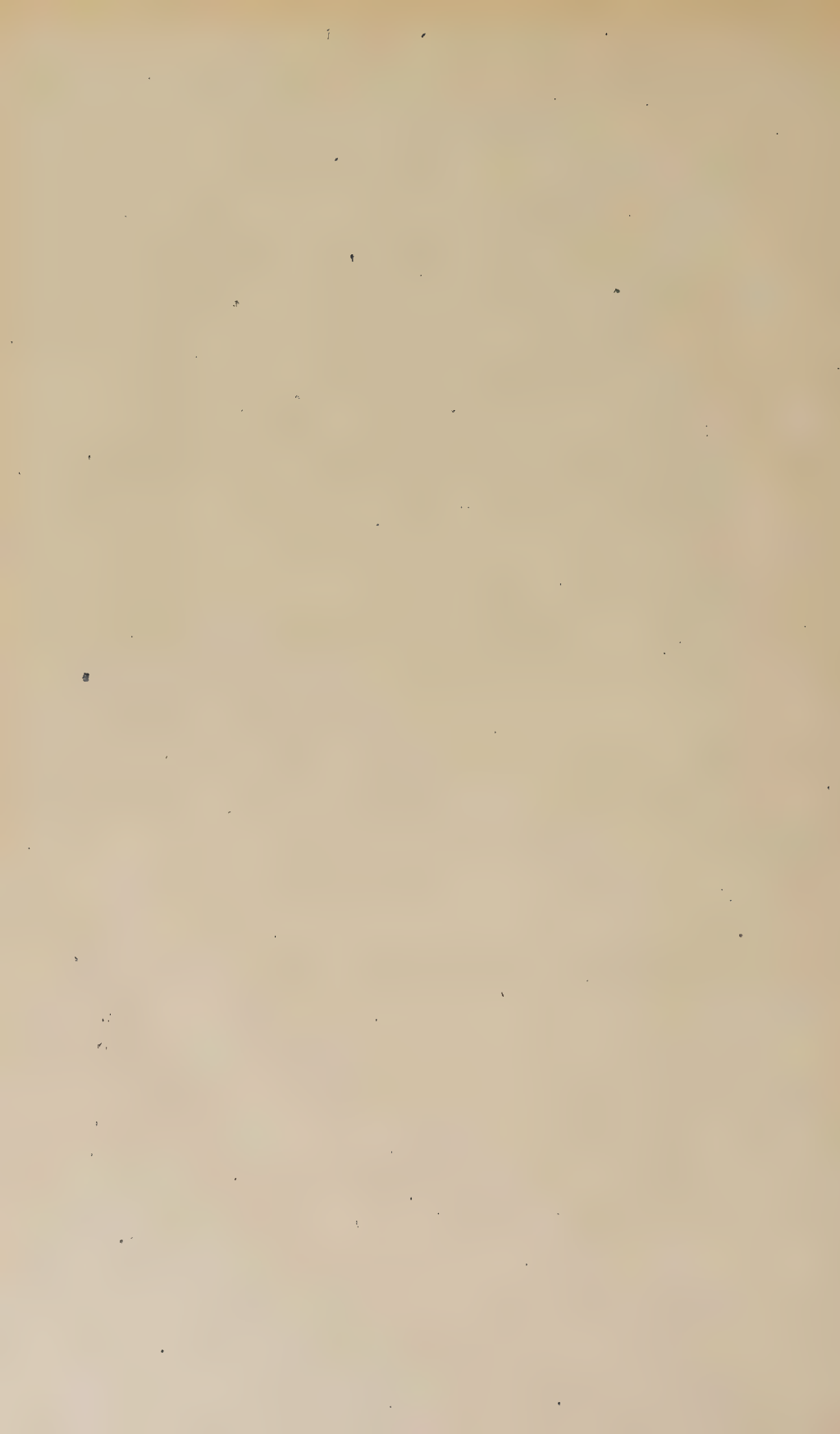
Le Docteur BOULAND s'est occupé d'établir quelques-uns de ces films de propagande. De plus, il a eu l'ingénieuse idée de faire construire pour les enfants

des puzzles représentant des scènes d'hygiène dentaire.

L'association « Sauvons les Mères et les Bébés » édite pour les écoles, les garderies, les dispensaires et les cabinets dentaires, des frises décoratives de même inspiration.

Ainsi, nous le voyons, bien des efforts ont été tentés en France pour une meilleure hygiène bucco-dentaire. Les résultats se dessinent peu à peu, l'importance des soins de la bouche s'impose à tous.

Pourtant, la propagande serait plus efficace et l'amélioration de l'état bucco-dentaire plus marquée si les comités de propagande et les organisations chargées d'inspecter et de soigner les dents des enfants travaillaient suivant un plan d'ensemble.



CHAPITRE III

CE QUE POURRAIT ETRE L'INSPECTION MEDICALE DENTAIRE DES ECOLES

A l'étranger comme en France, les hygiénistes et les chirurgiens-dentistes qui se sont occupés d'hygiène dentaire scolaire ont envisagé trois étapes à leur œuvre ; ce sont :

- Le dépistage des lésions bucco-dentaires ;
- Le traitement de ces lésions ;
- La propagande d'hygiène dentaire.

Dans notre pays où ne fonctionne encore en faveur de l'hygiène dentaire aucun organisme mis au point pour l'ensemble du territoire, il nous semble urgent de procéder tout d'abord au dépistage des lésions bucco-dentaires de nos écoliers.

Cette œuvre, utile au premier chef, pourrait être entreprise par les médecins inspecteurs des écoles.

En principe, toutes les écoles de l'Etat : écoles maternelles, écoles primaires, primaires supérieures et professionnelles, sont visitées périodiquement par des médecins inspecteurs qui, après examen de chaque enfant, établissent sa fiche médico pédagogique.

Cet examen général pourrait être complété par un examen bucco-dentaire. D'après le Professeur WA-

TRY, un examen buccal complet avec consignation des résultats sur une fiche appropriée demande 45 secondes. Ainsi le temps consacré à chaque enfant resterait relativement minime, à condition de faciliter la tâche du médecin inspecteur par l'établissement d'une fiche dento-buccale facile à remplir

Il reste bien entendu que l'inspection bucco-dentaire des écoliers n'a pas pour but de porter un diagnostic exact des lésions dentaires et buccales ; le rôle du médecin inspecteur se borne à signaler le nombre et l'importance de ces lésions ainsi que cela est admis dans toutes les organisations fonctionnant à cet effet.

Partant de ces principes, l'inspection médicale dentaire pourrait être envisagée de la façon suivante :

Au commencement de l'année scolaire, le médecin inspecteur visite chaque classe de sa circonscription ; aidé par l'infirmière scolaire, qui peut assumer la tâche du secrétariat, par l'instituteur s'occupant de la discipline, le médecin établit pour tous les élèves la fiche médico-pédagogique complétée par la fiche dentaire.

L'inspection terminée, il est nécessaire de signaler aux familles l'urgence de soins bucco-dentaires appropriés pour les porteurs de lésions. L'infirmière scolaire, absolument qualifiée pour cette tâche, utilise des lettres circulaires qu'elle complète, s'il y a lieu, par un relevé dans la fiche dentaire ; ces lettres sont confiées aux petits malades qui doivent les rapporter revêtues de la signature de leurs parents.

Au deuxième semestre, le médecin inspecteur pro-

cède à un nouvel examen. Au cours de cette seconde inspection il met à jour les fiches, constate les traitements ou l'absence de soins. Dans ce cas, il charge l'infirmière d'insister auprès des familles, de convoquer les parents des porteurs de lésions bucco-dentaires pour leur faire comprendre l'utilité des soins de la bouche. L'infirmière peut alors indiquer aux familles les facilités de traitement qui existent dans la région : dispensaire, clinique scolaire, consultation pour enfants.

Afin de faciliter la tâche du médecin inspecteur, nous avons imaginé un type de fiche bucco-dentaire qui, pensons-nous, remplit les conditions de clarté et de simplicité requises pour un examen succinct.

Cette fiche se différencie des modèles courants par quelques caractères particuliers. Nous avons voulu imaginer un type de fiche qui soit avant tout pratique ; ainsi son format est tel qu'elle puisse être facilement incluse dans la fiche médicale, ce qui évite la répétition des indications générales concernant l'enfant : âge, adresse, école, etc...

Notre fiche dentaire comprend deux parties distinctes mais réunies sur un même plan afin de réduire les manipulations. Ces deux parties se répétant sur les deux faces, la fiche peut être utilisée au recto et au verso.

Nous donnons ci-contre un modèle de fiche bucco-dentaire.

Année:

Nom :

Prénoms:



Caries:

DENTS Malformations:

Malpositions:

lèvres :

Gencives:

Voûte palatine:

Voile du Palais:

Observations

sur l'état de la

cavité buccale

Prognathe:

Rétrognathe:

Normale:

ARTICULATION

A gauche se trouve un schéma dentaire du type normal.

Les deux arcades sont projetés sur un plan vertical par rotation autour d'une commune charnière postérieure. Elles représentent la denture d'un sujet placé en face du praticien. Divisons le schéma par une ligne médiane passant entre les incisives centrales supérieures et inférieures, la partie gauche du dessin correspondra aux hémimaxillaires droits du sujet et vice-versa.

Le schéma est divisé en quartiers par deux lignes dont l'une sépare les maxillaires supérieur et inférieur, tandis que l'autre, perpendiculaire à la première, passe entre les deux incisives centrales supérieures et entre les deux incisives centrales inférieures. Les dents permanentes à l'extérieur et les dents temporaires, sur deux arcades intérieures, sont désignées par leur numéro d'ordre compté à partir du centre de chaque arcade. Ces chiffres vont de 1 à 8 pour les dents permanentes et de 1 à 5 pour les dents temporaires. Ainsi les dents, numérotées de 1 à 8 qui se trouvent dans le quartier supérieur droit au schéma correspondent aux dents permanentes de l'hémimaxillaire supérieur gauche du sujet. Donc pour désigner une dent quelconque il suffit de donner son numéro d'ordre et d'indiquer en situant ce chiffre dans un quartier déterminé d'une croix, l'hémimaxillaire auquel elle appartient.

Par exemple l'emblème suivant : $\overline{6}/-$ signifie qu'il est question de la première molaire inférieure

droite. S'il s'agit d'une dent temporaire il suffit de faire suivre le numéro d'ordre de la dent du symbole $\text{—}|^{\text{31}}$, ainsi la canine de lait supérieure gauche s'écrira :

Le médecin inspecteur peut, très aisément, utiliser cette annotation fort simple pour reporter sur la partie droite de la fiche les lésions notées rapidement sur le schéma.

L'examen bucco-dentaire doit être méthodique ; ceci est une condition de sa rapidité. Le médecin inspecteur suivant un ordre une fois établi peut commencer par l'hémimaxillaire supérieur droit du sujet pour terminer en bas et à droite après avoir examiné les deux hémimaxillaires gauche. Pendant cet examen, l'infirmière, sous la dictée du médecin barre les dents absentes, signale d'un trait les caries et d'une flèche les dents en mauvaise position. Puis utilisant la partie droite de la fiche, elle récapitule et complète l'examen. En haut, elle note les observations concernant les dents : nombre de caries, malformations (par exemple dent d'Hutchinson ou plus fréquemment tubercule de Carabelli), malpositions dentaires. Le médecin donne ensuite le résultat de ses observations sur la cavité buccale : état des lèvres, des gencives, de la voûte palatine, du voile du palais. Il termine en notant si l'articulation est correcte ou défectueuse.

Au cours de l'inspection de contrôle du deuxième semestre il est facile d'utiliser une encre de couleur différente pour mentionner les changements survenus

dans l'état bucco-dentaire des écoliers : traitements, caries nouvelles, chute de dents temporaires.

Ce mode de dépistage des lésions bucco-dentaires parmi les écoliers présente, croyons-nous, quelques avantages.

Tout d'abord, la nouvelle organisation peut fonctionner sans grands délais sur toute l'étendue du territoire puisque le corps des médecins inspecteurs existe depuis plusieurs années déjà.

De plus, en demandant aux médecins inspecteurs d'assumer une tâche supplémentaire, on évite d'accroître de façon trop sensible les charges budgétaires par la création de cadres nouveaux.

Enfin, la perte de temps est réduite au minimum pour les maîtres et les élèves du fait que l'inspection générale de l'enfant se trouve réalisée en une fois.

Le corollaire de l'inspection bucco-dentaire des écoliers est évidemment la création de centres spécialisés dans les soins dentaires des enfants.

Nous souhaitons que notre pays puisse, sans tarder, rivaliser avec les organisations étrangères les mieux conçues. Mais il faudrait pour que l'œuvre soit vraiment efficace, installer un grand nombre de cliniques scolaires ce qui est au-dessus des possibilités actuelles.

Cependant étant donnée l'importance des soins dentaires chez les enfants, il est urgent d'encourager les familles à recourir pour leurs petits malades aux traitements des spécialistes .

Comme nous le disions précédemment, les infir-

mières peuvent indiquer aux parents les facilités de traitement dans les villes où des dispensaires fonctionnent déjà.

A un point de vue plus général, les Caisses d'Assurances Sociales sont toutes désignées pour faire œuvre de propagande. Elles peuvent agir utilement en relevant le taux des indemnités données aux familles d'assurés sociaux au titre : traitement dentaire infantile. Si les indemnités supplémentaires commandent au début quelques sacrifices, la diminution future des lésions bucco-dentaires chez les adultes récompensera largement ce geste de solidarité sociale.

Quant à la propagande d'hygiène dentaire, il est aisé de comprendre qu'elle doit être constante et qu'elle doit s'adresser tout d'abord au corps enseignant. Les instituteurs agiront ensuite plus utilement auprès des écoliers.

Ainsi dans les Ecoles Normales, les propagandistes peuvent insister dans leurs conférences sur le rôle d'hygiéniste dentaire que l'instituteur sera appelé à jouer parmi la jeunesse scolaire.

Pour atteindre les instituteurs recrutés en dehors de l'Ecole Normale il est facile d'organiser des conférences dans les groupements professionnels ou d'intervenir au moment de la préparation du certificat d'aptitudes pédagogiques.

Auprès des enfants, le maître d'école doit devenir un propagandiste. Les ligues d'hygiène dentaire facilitent sa tâche en mettant à sa disposition des textes de conférences, des tracts, des pochettes devoirs.

Pour que l'inspection médicale et dentaire laisse aux enfants un souvenir plus marquant, elle doit être complétée par une conférence avec projection d'un film d'hygiène dentaire.

Toutes ces manifestations officielles d'intérêt feront comprendre à l'enfant et par lui, aux familles, l'importance de l'hygiène bucco-dentaire.

CONCLUSIONS

1° Nous croyons utile de revenir encore sur l'importance de l'hygiène bucco-dentaire des écoliers, parce que les lésions des dents influencent de façon indirecte le développement de l'organisme.

2° Il est difficile, toutefois, d'établir, actuellement, une organisation scolaire spécialisée à ce point de vue. Elle se réalise peu à peu et de très grands efforts ont été faits, en France, dans ce sens.

3° Pour le moment, on doit constater que l'inspection dentaire de la jeunesse scolaire a donné d'excellents résultats dans les régions où elle fonctionne régulièrement.

4° Cette inspection dentaire pourrait être facilement généralisée et confiée aux médecins inspecteurs

5° Dans cette tâche, la création d'une fiche dentaire pour les écoliers rendrait de grands services ; elle est à préconiser.

6° Par ailleurs, la propagande d'hygiène dentaire, faite sous les auspices de groupements d'hygiénistes dentaires auprès des écoliers atteindrait, par eux, les familles.

7° Ces résultats, intéressants en eux-mêmes, au-

raient encore l'avantage de préparer les voies pour une solution plus complète du vaste problème que pose l'hygiène bucco-dentaire infantile.

Vu : Le Doyen, Vu : le Président de Thèse,
ROUSSY. L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris ;
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- Apert.* — Des soins à donner aux dents de lait. « Le bulletin Médical. »
- Marcel Bauvier.* — (Toulouse). Semaine dentaire. 15 nov. 1931.
- Childs.* — (Mâcon, Géorgie). Influence de l'orthodontie sur la santé.
- Ch. Cros.* — Saint-Etienne. De l'enseignement de l'hygiène dentaire à l'école. Congrès de Chambéry. Juillet 1933.
- Guébel.* — Influence d'une mauvaise hygiène dentaire sur le travail des écoliers.
- J. Guinat.* — Journal de la Ligue d'hygiène dentaire « La Croix Violette ».
- Dr E. Hautefeuille.* — Abbeville. Considérations sur l'hygiène dentaire scolaire. Semaine dentaire. 27 avril 1930.
- Ch. Harrison.* — Saint-Petersbourg (Floride).
- David Hill.* — (Salem) The International. Journal of orthodontia, and dentistry for Children. Janvier 1933.
- Dr A. Mangeon.* — L'hygiène bucco-dentaire dans les milieux scolaires. Février 1930. Siècle Médical.
- Dr R. Nogué.* — L'inspection médicale des écoles et la lutte contre la carie des dents. Médecine scolaire. 1^{er} janvier 1921.
- Th. Raynal.* — Marseille. Morbidité dentaire et inspection scolaire chez les enfants de 7 à 13 ans. Semaine dentaire 9 février 1930.
- Ralph Reynolds.* — (San Francisco). Les endocrines et l'orthodontie.
- Dr L. Régis.* — Rapport sur la création d'un centre de stomatologie destiné aux écoliers. Médecine scolaire. 1^{er} avril 1931.
- Dr Maurice Roy.* — L'inspection dentaire à l'école Normale d'instituteurs de la Seine. L'Odontologie. Juin 1930.
- M. Soleil.* — (Lille). Rôle social des cliniques dentaires scolaires. 23 juillet 1934. Presse médicale.

Georges Stein. — (Vienne). Infection focale dans l'enfance. Traitement des dents de lait. *Revue Odontologique*. Sept.-Oct. 1934.

F. Sydney Smith. — L'Hygiéniste dentaire et la dentisterie infantile. *Dental-Cosmos*. Septembre 1932.

Julien Tellier. — L'hygiène et la prophylaxie bucco-dentaire de stomatologie. Avril 1928. *Semaine dentaire*.

Walter Mac Tall. —

M. Raton. — Un service dentaire à Lyon. *Province dentaire*. 1926. N° 6.

E. Schneider. — Après 10 ans de clinique dentaire dans le Luxembourg. *Revue odontologique*. 1927. N° 1.

Pr HOPANY. — (Zurich). Les caractères et le but de la clinique dentaire à l'école. *Revue mensuelle suisse d'odontologie*. Nov. 1926.

